UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1947 N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PAROTIDITES AU COURS DES FIÈVRES TYPHOIDES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Déeembre 1947

PAR

JEAN ALBERT

MEMBRES DU JURY

MM. ANDRIEU — *Président.*

FABRE P.

VIRENQUE — *Assesseurs.*

LAPORTE

DIEULAFE — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1947

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. CALVET
ASSESSEUR ..... LEFEBVRE
Doyens honoraires ..... BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie generale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL
Anatomie Pathologique	FABRE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie Biologique	MONNIER
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie..... M. BAISSET, Obstétrique..... GUILHEM, Anatomie..... COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM. LAZORTHES
Histologie	BIMES ch. f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI
Chimie Médicale	VALDIGUIÉ (P.)
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie Générale Pharmaceutique	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL L., DAMRRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BONHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngol	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1947 N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PAROTIDITES AU COURS DES FIÈVRES TYPHOIDES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Déeembre 1947

PAR

JEAN ALBERT

MEMBRES DU JURY	MM. ANDRIEU	*Président.*
	FABRE P.	
	VIRENQUE	*Assesseurs.*
	LAPORTE	
	DIEULAFE	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

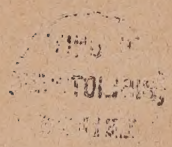
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

Trop tôt disparus, je dédie ce travail.
Qu'ils soient assurés de ma profonde affection et de mon immense reconnaissance.



A MA FEMME

A NOTRE MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur de Bactériologie,
Hygiène et Médecine Sociale

Qui nous a donné l'idée de ce travail et qui nous a toujours réservé une si grande bienveillance.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE

Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires

Qu'il trouve ici l'expressin de nos sentiments de reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFE

Professeur Agrégé à la Faculté

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nous avons rapproché trois affirmations concernant ce sujet :

Pour Hildebrand : « *Les parotidites sont le propre des typhus tout aussi bien que les bubons sont le propre de la peste* ».

Pour Griesinger : « *L'inflammation de la parotide et du tissu cellulaire environnant n'est pas très fréquente dans la fièvre typhoïde; je ne l'ai trouvée qu'assez rarement, dit-il* ».

Trousseau, dans les belles pages de ses cliniques, écrit sur la fièvre typhoïde : « *Pour moi, Messieurs, je regarde les parotidites comme un accident très grave et presque jamais, soit dans la dothiénentérie, soit dans d'autres maladies fébriles, je n'ai vu guérir les individus qui en étaient affectés* ».

Que faut-il donc penser de cette question ?

A l'occasion d'un cas de parotidite suppurée apparue au cours d'une fièvre typhoïde, chez un malade en traitement dans son service des contagieux de l'Hôpital Suburbain de Purpan, notre Maître, Monsieur le Professeur Andrieu, nous a proposé de faire une mise au point actuelle de cette complication.

Ce sera le but de ce travail.

HISTORIQUE

Depuis Hippocrate qui, le premier, les signale et en donne une classification, on connaît l'existence des parotidites au cours des maladies infectieuses.

Au XIX^me^ siècle, Cruveilhier et Grisolle les considèrent comme rares, bien que Pinel en ait vu 14 cas sur 93 malades au cours de l'épidémie de la Salpêtrière en 1794. Mais la plupart des auteurs (Trousseau, Louis, etc...) sont unanimes sur le pronostic de cette redoutable manifestation qui joue un rôle important dans la terminaison de la fièvre typhoïde.

Par la suite, l'origine de cette complication est discutée : Albarran, Claisse, Dupré, croient à une invasion, par voie canaliculaire, des microbes de la cavité buccale, tandis que Gasser, Colzi, Gilbert, Audibert et Benoît pensent que la septicémie étant la règle dans la dothiénentérie, c'est la voie sanguine qui est en cause.

Au cours de la première guerre mondiale cette complication s'est rencontrée assez fréquemment et a fait l'objet d'importantes discussions ; mais la question est très controversée ainsi qu'en témoignent les comptes rendus du *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux* en date du 12 février 1915 et du 30 juillet 1915.

Si l'étiologie, la pathogénie, l'étude bactériologique sont autant de points discordants entre auteurs, le traitement n'est pas moins différent, lui aussi, d'un praticien à l'autre.

OBSERVATION

Notre malade Fernand A..., âgé de 42 ans, est ajusteur dans une usine d'aéronautique de la ville. C'est un Espagnol de bonne santé habituelle, marié et père de quatre enfants.

Le 2 janvier, il présente une asthénie marquée avec céphalée et frissons, mais malgré ces symptômes, il continue son travail jusqu'au 12 janvier. A cette date il est obligé de s'aliter. Le médecin qui l'examine observe peu de symptômes apparents, mais fait au bout de quelques jours une hémoculture. Un bacille d'Eberth est isolé et le malade nous est adressé le 28 janvier 1947.

On peut faire remonter l'origine de cette typhoïde à un repas pris en commun le jour de Noël. La nièce de l'intéressé a présenté une typhoïde à Eberth simultanément avec notre malade et dans les mêmes délais.

Notre malade est un sujet robuste, mais relativement maigre. Il accuse toujours une céphalée frontale assez

vive, et une fatigue considérable; son tuphos est à peine marqué; il est anorexique et constipé. Sa température est à 39°5. Son pouls dissocié à 85. Sa tension au Vaquez de 6,5 et 9,5.

L'examen nous permet de déceler de très rares taches rosées lenticulaires sur les flancs. L'abdomen n'est pas météorisé, il est souple mais réveille à la palpation profonde, avec une légère douleur à droite, quelques gargouillements discrets. La rate n'est ni perceptible, ni percutable. La langue est saburrale, les dents en mauvais état, le pharynx rouge sans angine de Duguet.

Un séro-diagnostic nous donne les renseignements suivants :

O = 1/2.560 H = 1/1.280 A — O B — O
O —1/2. 560 — H1/1.280 A = O B = O

Traitement habituel par balnéothérapie, uroformine, soins méticuleux de la bouche, etc., lavements froids, glace sur le ventre.

Le 2 février, malade plus fatigué, tuphos, nausées, vomissements. L'abdomen reste souple, la température est à 39°7, le pouls à 90, la tension à 7 de maxima, la minima n'est pas perceptible. On constate dans les selles des amas noirâtres : premières hémorragies intestinales.

Les 3, 4, 7 février, nouvelles hémorragies plus abondantes, ne cédant pas aux hémostatiques habituels,

mais répondant parfaitement à une transfusion de 300 cc. de sang.

Malgré les soins bucaux, la langue reste sèche et la muqeuse buccale vernissée et fendillée par endroit.

Le 9 février, on constate une tuméfaction parotidienne manifeste, douloureuse spontanément au toucher, chaude, rouge sous le lobule de l'oreille ; état général mauvais bien que la température ne soit qu'à 38°2. Le 12 février est commencé un traitement pénicillothérapique à raison de 20.000 unités toutes les trois heures.

Le lendemain, amélioration considérable, mais la glande reste prise dans son ensemble. Le 14, régression très importante. La pénicilline est maintenue à 20.000 unités toutes les trois heures jusqu'au 15 ; les 16 et 17, 10.000 unités toutes les trois heures ; le 18, cessation du traitement.

La parotidite a cédé très rapidement et, en même temps, les symptômes généraux de la typhoïde se sont amendés : l'apyrexie est obtenue le 20 février. Le malade, entièrement guéri, peut quitter l'hôpital le 14 mars.

En résumé, au cours d'une fièvre typhoïde grave, avec hémorragies intestinales multiples, est apparue une parotidite droite suppurée. Celle-ci est très rapidement influencée par la pénicilline à la dose de 240.000 unités par jour et le malade en guérit rapidement.

ETIOLOGIE

Tous les auteurs sont généralement d'accord pour admettre que cette complication se rencontre plutôt dans les formes graves et notamment dans les formes ataxo-dynamiques. Elle peut cependant être constatée dans des formes légères et alors s'accompagner d'un état général satisfaisant.

Cliniquement ces parotidites s'observent soit dans le premier septenaire, soit à la fin du troisième septenaire, soit à la convalescence. Ces dernières, d'allure fluxionnaire, sont en général bénignes. Les deux autres variétés sont le plus souvent suppurées et ont de ce fait toute la gravité des suppurations dans une maladie aussi profondément anergisante que la typhoïde.

L'âge ne semble pas avoir une importance considérable, de même le sexe. Par contre, dans les épidémies typhoïdiques où l'hygiène des malades et en particulier l'hygiène buccale sont négligées ou très difficiles, le

pourcentage de parotidites semble s'élever (14 cas sur 93 malades à la Salpêtrière en 1794, 8 cas sur nombre faible de malades à l'hôpital militaire de Tunis en 1892-93).

Ici l'origine canaliculaire de l'infection trouverait, semble-t-il une confirmation.

Par contre, M. A. Siredey écrit que cette complication qui n'est pas rare dans les typhoïdes, serait fréquente dans les appendicites et se verrait dans toutes les infections intestinales : « Je l'ai rencontrée plusieurs fois au cours de crises d'appendicite aiguë ». C. R. Merklen, lui aussi, la trouve dans les appendicites et d'autres avec lui. Le vieux terme de dothiénentérie donné par Bretonneau retrouverait dans cette acception toute sa valeur en montrant l'importance des répercussions sur tout le système glandulaire annexe, des atteintes du tractus digestif.

Les parotidites suppurées en seraient un cas particulier, et leur coexistence avec une fièvre typhoïde causale, logique.

La spécificité des microbes rencontrés dans le pus ne fait que confirmer ce point de vue.

Lortat Jacob, Rathéry et Salomon insistent sur l'influence du surmenage et soulignent que les affaiblis, les adynamiques, les hyperpyrétiques aux sécrétions salivaires taries sont plus particulièrement les malades qui font des parotidites suppurées.

Evolution

Les parotidites au cours de la maladie, considérées comme graves, sont généralement doubles et suppurées avec état général adynamique donnant facilement des fusées purulentes étendues s'ouvrant parfois dans le conduit auditif. Des abcès variés peuvent ainsi se produire (rétro-pharyngiens, sous-sterno-cleido-mastoïdiens...) et s'ouvrir dans l'œsophage, la trachée, le médiastin. Les articulations de voisinage et les os peuvent participer au processus infectieux donnant des arthrites temporo-maxillaires des ostéites malaires ou spénoïdales. Le nerf facial, les carotides, peuvent être lésés (cas du professeur Richet).

La glande peut subir une fonte purulente, des noyaux indurés persister dans sa masse, la peau peut se maculer de taches gangréneuses. Le pus sourd à l'orifice du canal de Stenon dès qu'on exerce une pression sur la région.

Par aggravation de l'état général infectieux, l'évolution peut se faire vers la mort sans qu'il soit bien facile d'affirmer si la parotidite est venue aggraver la maladie, ou si l'aggravation de la typhoïde a eu, entre autres conséquences, l'apparition de la parotidite et sa suppuration.

Dans les cas heureux, après un maximum de gonflement atteint vers le deuxième ou troisième jour et qui

se maintient de huit à quinze jours, selon les cas, les phénomènes s'amendent, la tuméfaction diminue, le pus devient de moins en moins abondant et la guérison s'installe avec persistance de nodules durs dans la glande.

PATHOGENIE

L'origine infectieuse semble avoir une double voie : sanguine et canaliculaire (c'est-à-dire buccale).

A. — Origine sanguine

Il est indéniable que le bacille d'Eberth, qualifié par Audibert de bacille à tout faire, existe dans le torrent circulatoire. Capable de provoquer les abcès les plus inattendus, il est logique qu'il puisse en particulier abcéder les parotides. Des thyroïdites ont été observées. Ciarrochi a signalé deux cas d'uréthrites typhiques avérées.

Grasser, dès 1890, déterminait des suppurations locales en injectant du bacille d'Eberth par voie sous-cutanée. Bouchard a mis en avant un rôle d'émonctoire qui serait dévolu aux glandes salivaires lorsque les autres organes d'élimination s'avèrent insuffisants.

Il y aurait donc à la fois présence de bacille d'Eberth dans les glandes parotides, secrétion de toxines locodolenti et concentration toxinique, puis élimination toxinique.

La tuméfaction, la chaleur, puis l'abcédation de la glande sont ainsi expliquées. Il faudrait voir un lien entre l'apparition de la tuméfaction et l'aggravation de la maladie générale puisque l'émonctoire parotidien ne peut être appelé à fonctionner que par déficience des autres ou excès des substances à éliminer, c'est-à-dire lorsque l'activité microbienne devient paroxystique. Ceci expliquerait la gravité pronostique du gonflement parotidien.

L'importance des destructions cytoplasmiques, la virulence du microbe aussi bien que la résistance du sujet peuvent graduer à l'infini les cas possibles.

B. — Origine canaliculaire

Pour qu'elle soit admissible, il faut supposer qu'il est des circonstances où l'ascension des voies d'excrétion est possible pour les microorganismes saprophytes ou pathogènes de la bouche. Le canal de Stenon est normalement stérile en effet. Les ferments salivaires, le flux dont le canal est le siège, l'abouchement en oblique dans l'espace intermédiaire des deux premières grosses molaires supérieures, sa coudure au niveau du buccinateur ont été reconnus comme s'opposant, au moins en partie, à l'invasion microbienne.

L'arrêt de la sécrétion salivaire ou sa carence étant de règle au cours de la typhoïde, il semble que l'on trouve là une explication plausible. MM. P. Merklen et Mithit ont toutefois rapporté un cas de parotidite accompagnée de submaxillite avec tuméfaction importante, coïncidant avec un ptyalisme abondant. La glande étant indolore.

Bucknall en 1904, par contre, prouva l'encombrement possible du canal de Stenon en publiant de nombreux cas où des débris cellulaires et des microbes non spécifiques avaient été découverts, confirmant ainsi la possibilité de parotidites d'origine buccale.

Il y avait lieu d'en rapprocher la pseudo-parotidite de Picque ou hydro-parotidite de Claisse et Dupré qui ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire et débute par la formation d'un thrombus salivaire constitué par un bouchon muco-purulent. L'oblitération du canal de Stenon amène de la rétention salivaire et une tuméfaction de la glande, mais laissant à l'extérieur les causes polluantes du milieu buccal il n'y a pas d'inflammation ou de purulence.

Dès 1915, Massary disait : « J'attache une grande importance à l'hydratation des malades... qui évite nombre de complications. Sur 29 typhiques qui m'ont été amenés dans des conditions défectueuses de transport, trois avaient des parotidites suppurées. Nul doute que ces parotidites auraient été évitées, si des boissons avaient été données, si le goutte à goutte avait été institué ».

L'hyperthermie, les hémorragies intestinales, la suppression de la mastication (par l'absence d'aliments solides), le rôle du sympathique sur les sécrétions externes (pancréas, glandes salivaires, glandes sudoripares) doivent additionner leurs influences dans certains cas et confirmer cette hypothèse en sidérant le fonctionnement et la défense des parotides et favorisant leur envahissement microbien.

BACTERIOLOGIE

Il serait extrêmement intéressant de dresser une statistique des cas observés classés par agent bactérien.

Maheureusement très peu d'analyses ont été faites sur les pus parotidiens et toute comparaison de résultat est assez gratuite.

Jusqu'à ces dernières années la thérapeutique usuelle était l'excision ou l'expression de la glande. En général il s'agit d'un pus jaunâtre ou verdâtre, bien lié. L'odeur en a été comparée par certains auteurs à celle du pus à anaérobies.

Le bacille d'Eberth est assez rarement présent.

Lortat Jacob en cite un cas ; Baylac de Toulouse, trois cas ; Ianowski, un cas ; Autun et Futterer, un également avec association de pyocoques.

Le plus souvent il s'agit de staphylocoque (blanc ou doré), de pneumocoque ou de streptocoque.

Les associations microbiennes ne seraient pas la règle, au contraire.

On voit l'importance que l'on doit désormais donner au rélèvement d'une goutte de pus à l'orifice du canal de Stenon, pour pouvoir pronostiquer de l'efficacité probable de telle ou telle thérapeutique d'actualité à mettre en œuvre.

ETUDE CLINIQUE ET FORMES

Notre malade constitue un cas typique bien individualisé. Nous l'avons comparé aux trois cas signalés par Massary, à celui décrit par Merklen chez une jeune fille de 25 ans atteinte de typhoïde, aux onze cas énumérés et décrits par Lortat Jacob (sur un total de 1.165 typhoïdes), aux trois malades vus par P. E. Weil parmi les 300 typhiques de son service et aux six cas supplémentaires qu'il signale dans les services voisins, aux dix-neuf cas décrits par Hoffmann, aux huit cas décrits par Gaserini dans sa thèse.

Nous avons consulté les descriptions données par Trousseau, Griesinger, Netter, Lichermeister, Hoffmann, Abrami, Richet, Saint-Giron, Chauffard, Radaut, Roger, Widal et Teyssier, etc...

A sa période de début, la parotidite se constitue rapidement. En un jour ou deux la tuméfaction apparaît et atteint son volume définitif. Généralement l'état

général est assez altéré. Surtout l'état buccal est mauvais. Il y a sécheresse de la bouche ; la muqueuse buccale est parsemée de lésions parfois minimes, mais souvent nombreuses, gerçures, aphtes ; la stomatite concomitante n'est pas rare, avec erythème, inflammation catarrhale et fuliginosités. La région parotidienne est sensible, surtout au niveau du canal de Stenon et l'orifice de ce dernier, turgescent, laisse sourdre du pus à la moindre pression.

Toutefois cette parotidite peut apparaître à bas bruit sans grande modification de l'état général et peu de troubles locaux.

A *la période d'état,* la température s'élève, le gonflement s'accuse dans sa délimitation, le pouls s'accélère, la glande devient fanchement douloureuse, la mastication, douloureuse, peut devenir impossible, l'articulation temporo-maxillaire est le siège de douleurs s'irradiant vers la face, le cou et le pharynx avec gêne à la déglutition. La respiration peut en être gênée tandis que le canal auditif peut se voir intéressé par la parotidite qui peut même, après un temps d'écrasement, venir s'y fistuliser.

La peau est rouge, tendue, lisse, douloureuse et chaude.

Si l'état buccal n'est pas rigoureusement surveillé, c'est le stade où le marasme peut s'installer avec risques d'aggravation, c'est ce qui se produisait fréquemment dans les observations des anciens auteurs.

Toujours il y a sécheresse de la bouche, malaises, frissons et suppression de la sécrétion salivaire.

Formes

Les parotidites peuvent être distinguées par la date de leur apparition au décours de la fièvre typhoïde et par leur état (suppurées ou non), les suppurées seules nous concernant ici.

Cliniquement ces parotidites s'observent soit dans le premier septennaire, soit à la fin du trosième septennaire, soit à la convalescence. P. E. Weil considère qu'elles peuvent également apparaître au cours de la période d'état.

Toutes celles du cours de la maladie sont extrêmement graves, elles correspondent à notre description clinique. Elles sont précédées ou accompagnées d'un très mauvais état de la muqueuse buccale et souvent leur éclosion dramatique présente tous les symptômes d'une rechute de la maladie.

On a tendance à considérer les parotidites de la convalescence comme plus bénignes ; ce n'est pas toujours exact. Salomon note que la défervescence y précède parfois la disparition de la fluxion parotidienne. Pour Roger, Widal et Teyssier, la convalescence serait caractérisée par des parotidites bénignes (les parotidites « critiques » des classiques) se manifestant par une fluxion éphémère et une réaction douloureuse peu intense disparaissant sans retarder la guérison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En pratique, le tissu glandulaire, les ganglions lymphatiques du voisinage et le tissu cellulaire de la région participent étroitement à l'infection parotidienne.

Mais le siège et l'origine de l'inflammation est intra-glandulaire (autopsie de Husson). Il se forme de petits abcès du volume d'une noisette, circonscrits ou diffus, complètement remplis de pus. Ces noyaux purulents débutent par de petits amas de cellules rondes disséminées dans le tissu conjonctif inter-lobulaire. Ils se fusionnent et envahissent progressivement la glande.

Les deux théories canaliculaires et sanguines que nous avons déjà affrontées vont donc se retrouver ici. C'est Bucknall, en 1904, qui communiqua à la Société Royale, Médicale et Chirurgicale de Londres, 12 cas personnels et de nombreux autres cas par lesquels il démontrait le « catarrhe » des canaux secréteurs et leur suppuration avec muqueuse épaissie, congestive ou sans exsudat jaunâtre d'épithélium cylindrique desquamé.

Grisolle perçoit les lésions des grains glanduleux ; Husson affirme qu'elles peuvent précéder celles des canaux. Depuis longtemps déjà Liebermeister avait reconnu des dégénérescences parenchymateuses (qu'il imputait à tort à la seule élévation thermique) tandis qu'Hoffmann avait été frappé de l'altération fréquente des parotides au cours des typhoïdes graves.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

S'accompagnant toujours de température, d'altération de l'état général, concomitants à l'infection typhique, le diagnostic sera facilité à condition de penser à cette complication, rare mais possible. Cette parotidite n'est pas forcément bilatérale, elle n'a pas d'évolution cyclique typique, elle s'accompagne de signes locaux caractéristiques.

On pense aux oreillons (« ils n'ont pas de singulier ») qui sont bien plus douloureux, dont l'apparition survient en période épidémique, qui ne suppurent pas. Au cours de l'évolution, qui est d'une semaine environ, les testicules, les grandes lèvres, seront à leur tour intéressés.

On pensera à l'adéno-phlegmon parotidien, avec son gros retentissement ganglionnaire, sans écoulement purulent à l'orifice du canal de Stenon.

Il faut savoir que d'autres parotidites peuvent être constatées au cours de cette affection. On ne devra donc pas l'oublier en examinant le typhique en cause.

Des parotidites peuvent se voir, dues au pneumocoque, au streptocoque (tendance peu nécrotique, pus fluide), aux infections gangréneuses et putrides.

Trabaud signale une parotidite double précédée d'une stomatite érythémato-pultacée consécutive à une urémie.

L'erysipèle de la face (par son bourrelet), l'arthrite temporo-maxillaire par son anamnèse seront à écarter.

Toutes les statistiques concourent à démontrer la forte mortalité des typhoïdes compliquées de parotidite suppurée. Elle varie dans de larges proportions, mais oscille entre 10 et 45 % en moyenne suivant les auteurs.

Suivant un travail récent, on peut citer à titre d'exemple, les chiffres suivants :

Keim.	28 cas. .	8 décès
Osler.	12 cas. .	4 décès
Hoffmann.	16 cas. .	9 décès
Henoch.	4 cas. .	2 décès
Liebermeister.	16 cas. .	7 décès
Gruson.	2 cas.	1 décès
Weill.	9 cas. .	5 décès
Siredey.	10 cas. .	1 décès
Lortat-Jacob.	11 cas. .	0 décès
Gasperini.	7 cas. .	5 décès

Un fait reste manifeste, leur pronostic parfois très sombre. Mais il n'est pas douteux que l'utilisation des médicaments du type des antibiotiques végétaux peut apporter un important correctif à leur gravité.

La bilatéralité, la forte purulence, un mauvais état général, l'éclosion au cours du premier ou du troisième septennaire, semblent être des facteurs de sévérité.

TRAITEMENT

A notre avis, il est double : prophylactique et curatif.

A. — Prophylactique

Dès 1873, Netter, dans la *Gazette des Hôpitaux*, insistait sur la nécessité des lavages de bouche. Griesinger de son côté pensait que « pendant la période de stupeur notamment, les mouvements de déglutition ne se font plus, l'insalivation est fortement troublée, le malade respire par la bouche qui se dessèche de sorte que la chaleur et l'humidité, l'action de l'air, amènent rapidement la décomposition putride des matières stagnantes ». Massary, de son côté, écrit : « Nul doute que ces parotidites auraient été évitées si des boissons avaient été données et si le goutte à goutte avait été institué ».

En effet, la rehydratation des malades, l'hygiène de la cavité buccale, sont la meilleure solution. Les garga-

rismes alcalins, les lavages de bouche avec une solution d'eau bouillie et de liqueur de Dakin, le décapage de la langue et du palais avec un tampon mouillé ou une brosse dure, devront être effectués plusieurs fois par jour et même la nuit si besoin est.

B. — Curatif.

Doit-on toucher à la glande ? L'expression est-elle à conseiller ? L'excision au thermocauter est-elle logique ?

Un débat soulevé par Morestin en 1907 à la Société de Chirurgie, deux débats, en 1915, de la Société Médicale des Hôpitaux, où, tour à tour, P. Emile Weil, Siredey, Albert Mathieu, Galliard, Josué, Merklen, Netter, Comby, Achard et Lortat-Jacob ont exposé leurs constatations cliniques, n'ont pas solutionné la question.

Si l'application au niveau de la tuméfaction de compresses humides chaudes et de pommades (genre pommade au collargol, à l'électrargol (semble judicieuse, les interventions sanglantes ne doivent, à notre avis, s'adresser qu'aux seuls cas où l'on craint voir des fusées purulentes étendre l'infection et la disséminer : une incision de 2 ou 3 centimètres de long, parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur, sera pratiquée sous anesthésie locale. On n'oubliera pas la proximité du facial. L'ensemble de la tumeur ne sera d'ailleurs pas évacué étant donné les logettes successives contenant le pus.

Il reste donc une thérapeutique de choix — le malaxage de la glande étant à proscrire et la vaccinothérapie ayant peu d'efficacité — c'est l'emploi des antibiotiques végétaux.

Un tel traitement sera appliqué précocement, à doses élevées, à un rythme continu et il sera prolongé jusqu'à résolution complète du processus infectieux.

Les parotidites étant le plus souvent dues aux pyogènes banaux, on peut avoir recours soit aux sulfamides, soit à la pénicilline.

Les sulfamides sont parfois mal tolérées chez des sujets aussi gravement atteints, mieux vaut avoir recours à la pénicilline dont la tolérance est aussi parfaite que possible.

On débutera avec 160 à 200.000 unités par jour, à raison de 20 à 25.000 unités toutes les trois heures en injection intramusculaire. On poursuivra ce traitement jusqu'à régression importante de la parotidite. A ce moment, on pourra n'injecter que 10 à 15.000 unités toutes les trois heures, mais ne suspendre les injections qu'après avoir acquis la certitude de l'arrêt du processus infectieux et de sa guérison.

CONCLUSIONS

Les parotidites survenant au cours des fièvres typhoïdes sont relativement rares : certains auteurs n'en ont jamais vu. Dans les épidémies massives où l'hygiène était précaire, leur pourcentage s'établissait entre 30 et 40 %.

Elles sont dues généralement à des germes d'infection secondaire, ce qui conditionne leur actuelle thérapeutique.

Autrefois, très souvent suppurées dans les formes graves, elles constituaient une entité clinique reconnue et redoutée.

Le pronostic, extrêmement fâcheux, en avait fait un facteur d'aggravation de la maladie typhoïdique.

Avec les sulfamides d'abord, mais surtout avec les

antibiotiques végétaux, les parotidites au cours des fièvres typhoïdes sont devenues curables et d'un pronostic favorable.

Le
Président de la Thèse:
ANDRIEU

Pour le Doyen,
l'Assesseur
LEFEBVRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 29 novembre 1947

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Paul DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Discussion sur les parotidites dans la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, février 1915.

— Parotidites aiguës dans la fièvre typhoïde. *Revue générale de clinique et de thérapeutique.* 1925, p. 577-581.

AMBROISE PARÉ. — Tome 1.

ANDRAL. — Cliniques médicales des maladies de l'abdomen.

ANDRIEU, DARAUX et J. CASTEL. — Parotides typhoïdiques, pénicillothérapie, guérison. *Soc. de Méd. Pharm. et Chir. de Toulouse*, 18 mars 1947.

AUDIBERT. — Le processus éberthien. *Mémoire préparatoire au Comité médical des Bouches-du-Rhône*, décembre 1909.

— La septicémie éberthienne. *Marseille-Médical*, 1908.

AURICCHIO. — Parotide flemmosa bilatérale in un Caso di Inzezione Tifoïde. *Pédatria riv., Napoli,* 1926, XXXIV, 259-263.

AUTUN et FUTTERER. — Cités par Wurtz : *Précis de bactériologie* (clinique 1895). Parotidites à bac. d'Eberth.

BAGLIVI. — De parotibus in morbis acutis.

BALLONIUS. — Epidémies, tome 1.

BANGG. — *Selecta diarii nosocom,* 1779.

BAYLAC. — *Société de Médecine de Toulouse,* juillet 1918.

BEAL. — *The Lancet,* août 1888.

BENOIT. — *Contribution à l'étude des parotidites survenant au cours de la fièvre typhoïde.* Thèse de Montpellier, 1909-1910.

BESSARD (Jean). — *Thèse de Toulouse,* 1919.

BEVALOT. — *De la parotidite au cours de la fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1899-1900.

BLOCH. — *Parotidite following typhoïd fever.* Atlanta journal rec. med. 1909-1903, pages 721-732.

BOSSERT. — Contributions à l'étude des parotidites infectieuses. *Thèse de Paris,* 1903.

BOUILLARD. — Nosographie médicale, tome XI ; 1846. *Clinique de la Charité,* 1857.

BROUARDEL et THAINOT. — La fièvre typhoïde.

BUCKNAL. — Parotidites secondaires. Communication à la Société royale médicale et chirurgicale, Londres, 20 octobre 1904.

CAHANESCU. — Parotitis tymhosa. *Wein Klin. Woch.* 1915, p. 561.

CUTELLI. — Per una maggiore conoscenza della glandula parotide et del suo flemmone. *Med. Ital. Napoli,* 1909.

CARPENTER. — Double suppuratio parotitis complicating typhoïd in a boy eleven years old. *J. Am. 6 M. Ass.* Chicago, 1908, li 2216.

CLAISSE et DUPRE. — Des infections salivaires. *Archives médicales expérimentales,* 1894.

CIARROCHI L. — Considérations sur 2 cas d'urethrites typhiques. *La Reforma medica,* n° 45, 6 nov. 1937.

COMBY. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. soc. méd. Hôp.* février 1915.

COUGHLIN. — Report of a case of typhoïd fever complicated by double parotidites. *New-York Médical journal,* 1911.

COX. — Typhoïd fever With some of its. Complications and sequelos. *Memphis lancet,* 1900.

CRUVEILHIER. — Atlas d'anatomie topographique.

DAMBRIN et ALOIN. — Parotidite suppurée bilatérale post-typhoïdique. *Marseille-médcial,* 1916-17, p. 370-374.

DARRE. — Pathogénie des parotidites. *IV, Paris,* 1878.

DE JANOVSKI. — Parotidites et bacilles d'Eberth. *Central Für Bakter,* 1895.

DEHU. — Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris,* 1893.

DIAZ. — Etiologie des parotides. *Thèse de Paris,* 1892.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, tome IV.

DUBIFF. — *Thèse de Paris,* 1899.

ESHNERR. — Typhoïd fever with réplease and multiple complications nephritis, intestinal hemorragie bilatéral parotitis hyperpyrescia. Sciatic neuratis typhoïd bacili in the twelfth. *Week Peen M. J. athems,* 1911-1912, pp. 94-97.

ELSOESSEN. — De natura parotibus malignis in morbus acutis.

FENWICK. — The provention of paratidis during rectal feeding. *Brit. M. Y.* London, 1909, i, 1297.

FORNARA. — La parotidite. *Tifica studium Napoli,* 1925, XV, 275.

GALLIARD. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.,* février 1915.

GASPERINI. — Contribution à l'étude des Parotidites. Montpellier, 1929.

GIFFARD. — *Thèse Paris,* 1861.

GILBERT et FOURNIER. — Sur un cas de fièvre typhoïde compliquée de parotidite double et suivie de lithiase biliaire. *Compte-rendu de la Société de Biologie de Paris*, 1894.

GIRODE. — Infections salivaires ascendantes. *Soc. de biologie*, 13 février 1893.

GIRON. — Parotidite double suppurée d'origine éberthienne. *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1918, XXXII, 309.

GRASSET. — *Clinique médicale*, tome II.

GREFFIER. — *Annales Soc. de Médecine*, Montpellier, t. VIII.

GRIESINGER. — Traité de pathologie interne.

GRIMINER. — Parotitis during typhoïd féver. *Montréal Médical journal*, 1905.

GRISOLE. — Traité de pathologie interne : de l'infection.

GRUSON. — Contribution à l'étude des parotidites compliquant la fièvre typhoïde. *Thèse Lille* 1911-1912.

HALPERSON (Stella). — Sur quelques cas de fièvre typhoïde à début anormal (formes parotidiennes et méningées). *Thèse Paris*, 1915.

HILDEBRAND. — Du typhus contagieux.

HIPPOCRATE. — Epidémies, tome I, II, V, VII.

HOFFMANN. — Consultasionum et responsorum Médicinalinum.

HOFSTEE H. G. — Complications and sequels acute bilateral typhoïd parotidiscase. *Genesk tydscht. V. Nederl. India*, déc. 1929.

JAUREGUY. — Dos Casas de parotitis tifica apertura esponténéa en el conducto anditivo externo. *Arch. Latino ann. de pédiat. Buenos-Aires*, 1923-25, XVII, 692-694.

JOSUE. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.* Paris, février 1915.

KEIM. — *Presse Médicale* 1900.

KEMPES (G. W. H.) — The significance of suppuration parotitis in typhoïd fever.

KIRALY. — Complications and sequels of typhoïd clinical cases of parotidis (*Budapesti Orvosilljsag*, 14 mars 1929).

LE DENTU. — De la parotidite aiguë. *Archives générales de Médecine*, mars 1903.

LE BAS. — Maladies des glandes salivaires. *Archives générales de Médecine*, 1900.

LE GUEU. — *Bulletin Société chirurgie*, octobre 1907. 1149.

LOISON. — A propos du traitement des parotidites. *Bulletin Société Chirurgie*, 1907, P. P. 1142-1149.

LORTAT-JACOB. — Parotidites et fièvre typhoïde. *Bulletin Soc. Méd. des Hôp.* juillet 1915.

LOUIS. — *Recherche sur la fièvre typhoïde*, 1841.

MALFILATRE. — *Thèse Paris*, 1864.

MATHIEU. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, février 1915.

MERKLEN. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, février 1915.

MOREL. — *Thèse Paris*, 1864.

MORESTIN. — Evacuation des suppurations parotidiennes diffuses et graves. Gazette, 1913, n° 86. *Bull. Soc. Chirurgie*, oct. 1907.

MONGES (F.) et AUDIBERT (V.) — La septicémie éberthienne. *La Clinique*. Paris, 22 octobre 1909.

MIRABEL. — De la parotidite de la fièvre typhoïde. *Thèse Paris* 1883.

MURCHISON. — La fièvre typhoïde.

NETTER. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.* Paris 1915.

NOBECOURT. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.* 1917, p. 165.

PEIN. — Sur l'action du bacille typhique. *Thèse-Paris.*

PETIT (J. L.) — Des parotidites en général et de la parotidite post-opératoire en particulier. *Bull. Soc. Chir.* 1907.

PIORRY. — Traité de médecine pratique.

POTHERAT. — Discussion sur les parotidites. *Bull. Soc. Chir.* Paris, décembre 1907.

REYGNIER. — Double parotidite chez un cachectique, traitée par l'expression et les compresses antiseptiques chaudes, guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* Paris, novembre 1907, p. 1140-1141.

SIDEREY. — Discussion sur les parotidites de la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.* février 1915.

SOUBEYRAN et RIVES. — *Archives générales de chirurgie*, mai 1908.

SCHUTZENBERGER. — Mécanisme de la formation des parotidites de la fièvre typhoïde, *Gazette Méd. de Strasbourg*, 1872.

TESTUT. — Traité d'Anatomie.

TILLAUD. — Traité d'anatomie topographique.

TORDENS. — Fièvre typhoïde compliquée de purpura et de parotidite, guérison. *Journal de Méd. Chir. Pharmacologie*, Bruxelles, 1890.

TRABAUD. — *Guides cliniques*. Paris, 1944.

TROUSSEAU. — *Clinique Médicale*, 9e édition, tome page 335.

VILLARET. — Traitement de la fièvre typhoïde par les métaux colloïdaux associés ou non aux abcès de fixations. *Paris Médical*, 1915.

WIDAL, LEMIERRE. — Parotides au cours de la typhoï-

de. *Nouveau traité de Médecine ;* Roger Widal, Teissier, 1924.

WEILL. — Les parotidites dans la dothiénentérie. *Bull. Soc. Méd.* février 1915.

WHITE (F. W.) — Two unusual case of typhoïd fever ; parotide bubo and another complication fatal hémorragie forme. *New-York Médical Journal,* 1903.

WORMS et BERTEIN. — Les parotidites suppurées. *Archives générales de Médecine,* Paris 1908.